

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE 58

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques MARNET

Né le 4 Décembre 1908, à Tours (Indre-et-Loire)

Contribution à l'étude
de la
Syphilis Broncho Pulmonaire
(et en particulier des gommes pulmonaires)

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques MARNET

Né le 4 Décembre 1908, à Tours (Indre-et-Loire)

**Contribution à l'étude
de la
Syphilis Broncho Pulmonaire
(et en particulier des gommes pulmonaires)**

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathol. expérimentale
LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
LEVEUF	Pharmacologie.
MII J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
MENEGAUX	Pathologie médicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie chirurgic.
MOULONGUET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Anat. pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
PIEDELIEVRE	Obstétrique.
PORTES	Ophthalmologie.
RENARD	Physiologie.
RICHET	Chimie biologique.
SANNIE	Pathol. expérimentale
SENEQUE	Pathologie médicale.
TROISIER	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Pathologie chirurgic.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAULLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CHAPITRE I

LE
MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE
LE
MÉMOIRE DE MON FRÈRE
LE
DOCTEUR PIERRE MARNET

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE DOCTEUR PIERRE MARNET

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de toute mon affection.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA SOEUR

A M. LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommagé très respectueux.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE TOURS

M. LE DOCTEUR P. GUILLAUME-LOUIS

Directeur de l'École de plein exercice de Tours
Commandeur de la Légion d'Honneur

MM. LES DOCTEURS COSSE, CHEVÉ, GAUDEAU,
FAIX, A. VIALLE,
FROMENTY, HUC,
ARMAND MERCIER, MAGNAN,
PIERRE VIALLE, ARNAUD.

I. — INTRODUCTION

Le rôle de la syphilis dans l'étiologie de certaines pneumopathies était déjà soupçonné par Paracelse au xv^e siècle, mais en réalité et jusqu'à Laennec il existe une longue période de confusion et de désordre pendant laquelle de nombreuses observations sont publiées concernant des pneumopathies améliorées par le traitement mercuriel (Astruc, Sauvage, Morton, Morgani, etc.), mais dans toutes ces observations toute preuve formelle d'une étiologie spécifique manque.

En 1810 Lemonnier distingue une phtisie syphilitique et une phtisie tuberculeuse. Laennec en introduisant la méthode anatomo-clinique met les bases scientifiques de la pathologie pulmonaire. Bien que méconnaissant la réalité de la syphilis pulmonaire, il fait faire indirectement un grand progrès à la question en permettant à ses successeurs de l'aborder désormais sur le terrain scientifique. Les travaux de Munk, Cullerier, Lagneau, Sué, etc., empreints encore de la méfiance de Laennec envers

la syphilis pulmonaire, préparent le terrain à l'individualisation de cette affection.

En 1851 Depaul étudie avec soin les lésions pulmonaires qu'il constate chez le fœtus hérédosyphilitique ; la même étude est reprise par Virchow, qui décrit la pneumonie blanche, par Cornil, Ranvier, Wagner et Pidoux. Mais il faut arriver aux recherches de Lancereaux pour trouver la première vue d'ensemble tant anatomique que clinique se rapportant la question. Après Lancereaux, Fournier, Mauriac, Landrieux, Potain, Dieulafoy s'attachent à décrire les différents aspects de la syphilis du poumon. Toutefois la plupart des auteurs n'étaient pas absolument persuadés de la réalité d'une syphilis pulmonaire et exigeaient l'existence dans le poumon de vastes lésions scléro-gommeuses. Enfin, parmi les travaux modernes, il faut citer ceux de Sergent et Benda, qui individualisent à côté de la forme gommeuse typique, les formes moins caractéristiques, telles les bronchites chroniques syphilitiques ; de Mirande, qui distingue 4 types principaux de syphilis pulmonaire (scléreux, dilaté, cavitaire, pleural) ; les travaux du Professeur Letulle qui met définitivement au point la question (1925). Signalons encore parmi les observations récentes celles de Jacob, Léon Bernard, Bezançon, M.-P. Weil, Léon Kindberg, Dalsace, etc.

Nous étudierons successivement :

- a) *la syphilis pulmonaire congénitale ;*
- b) *la syphilis pulmonaire de l'adulte ;*
- c) *la syphilis bronchique de l'adulte.*

II. — SYPHILIS BRONCHO-PULMONAIRE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

(SYPHILIS CONGÉNITALE)

Entrevue par Virchow et par Depaul autour de 1850, la pneumonie blanche fut étudiée complètement pour la première fois par Lorain et Robin ; les travaux ultérieurs de Parrot, de Hochsinger, de Mollière, de Balzer et Grandhomme, de Marfan, complètent l'étude clinique de la syphilis pulmonaire congénitale. Au point de vue anatomique, la question est bien étudiée par les travaux de Tripier et Bériel, de Favre, Comby, de Ribadeau-Dumas et Rault, de Debré et Mlle Blinder. Enfin l'étude des bronchectasies constituées du grand enfant et le rôle de la sclérose bronchectasique, ont été faits par Hiller, Victor et Jean Hutinel, Milhit, Nadal, etc.

ÉTUDE CLINIQUE

Dans certains cas l'aspect clinique des manifestations pulmonaires est assez net pour évoquer par

sa seule existence le diagnostic de syphilis pulmonaire congénitale ; dans d'autres, au contraire, c'est la recherche systématique des symptômes pulmonaires chez un enfant ayant par ailleurs d'autres stigmates de syphilis héréditaire qui permettra de les retrouver. Ce sont les formes occultes. Dans d'autres cas enfin, la syphilis broncho-pulmonaire congénitale est nettement latente et seule l'autopsie révèle son existence.

A) *Formes cliniquement caractérisées.* Parmi les signes fonctionnels, la dyspnée et la cyanose sont au premier plan ; la cyanose est tellement fréquente, que le Professeur Paviot avait individualisé une forme clinique sous le nom de « maladie à cyanose ». Ce qu'on observe le plus souvent dans la première enfance, c'est une cyanose modérée s'accompagnant d'hippocratisme des doigts et des orteils. Ce dernier symptôme, quand il existe, est de grande valeur car il indique un processus pulmonaire chronique et un trouble de l'hématose en rapport avec la formation de petites cavités bronchiques.

Les signes physiques sont le plus souvent réduits à des modifications de la sonosité et de la respiration, parfois à quelques râles de bronchite.

La radiologie ne montre dans la majorité des

cas qu'une opacité diffuse, une concentration du dessin broncho-vasculaire.

Les signes généraux sont caractérisés par un certain degré d'hypertrophie et de dénutrition sans température ; cette absence de réaction fébrile chez des enfants porteurs d'une pneumopathie, est un symptôme qui doit attirer l'attention.

En somme, symptômes peu typiques, diagnostic difficile ; parmi les diagnostics différentiels qui peuvent le plus simuler la syphilis broncho-pulmonaire, nous devons surtout en signaler deux :

a) les broncho-pneumonies prolongées, mais le plus souvent elles sont fébriles ;

b) la tuberculose broncho-pulmonaire est souvent à cet âge difficile à distinguer de la syphilis car l'état général peut ne pas être atteint et la bacilloscopie peut pendant longtemps rester négative. C'est la radiologie qui serait le meilleur élément de diagnostic en montrant dans la spléno-pneumonie une ombre triangulaire précissurale en continuation avec les ombres ganglionnaires du médiastin, alors que dans la syphilis on voit des ombres plus diffuses, mal délimitées, sans participation importante des ganglions hilaires.

B) *Formes larvées.* Ces formes se présentent

cliniquement sous l'aspect d'autres affections. Les formes le plus souvent rencontrées sont :

- a) l'adénopathie trachéo-bronchique ;
- b) les kystes aériens ;
- c) les formes pleurales ;
- d) l'asthme.

La forme à type d'*adénopathie trachéo-bronchique* est rare et la constatation de ganglions hilaires évoque le plus souvent la bacillose. Ces faits ne sont d'ailleurs pas à proprement parler du domaine de la syphilis broncho-pulmonaire ; ils appartiennent plutôt à la pathologie des bronches et du médiastin.

À côté des *kystes aériens* reconnaissant un processus hyperplasique, véritable tumeur, il existe des dilatactions kystiques de calibre variable engendrées par un processus inflammatoire survenu durant la vie intra-utérine. « La seule voie par laquelle l'agent pathogène puisse arriver au système bronchique est la voie sanguine, la seule infection susceptible de produire cette inflammation est la syphilis » (Péhu et Rougies). L'évolution dépend de la dimension, du siège des cavités et de leur retentissement sur la fonction respiratoire. Ou bien ils engendrent dans les tout premiers temps de la vie des accès de dyspnée et de cyanose pouvant entraî-

ner la mort, ou bien ils sont compatibles avec une existence prolongée et demeurent latents pendant plusieurs années.

La détermination *pleurale* de la syphilis de la première enfance ne constitue pas une affection autonome. Toutefois il est rare que l'on ne constate pas à l'autopsie et à l'examen anatomo-pathologique une participation plus ou moins importante de la séreuse qui réagit par le mode exsudatif ou symphy-saire.

Nous n'insisterons pas dans ce chapitre sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de certaines asthmes, dont nous avons parlé ailleurs.

C) *Formes latentes*. Le plus grand nombre des cas de syphilis broncho-pulmonaire chez l'enfant restent inapparents dans les 3 premières années. C'est à partir de 3 ans que la dilatation bronchique revêt une physionomie clinique. De fait, avant d'être vraiment et typiquement individualisé par les signes physiques, fonctionnels et radiologiques, la maladie parcourt une première étape, à évolution lente qui comporte un certain nombre d'années. Les lésions s'installent en général d'une façon lente sous forme de foyers limités de pneumonie syphilitique, de sclérose péribronchique, de sclérose interlobulaire et sous-pleurale, d'altérations vasculaires.

C'est seulement lorsque sont survenues des modifications profondes et par leur intensité et par leur étendue topographique, qu'apparaissent les manifestations cliniques. Mais cette phase s'étend sur plusieurs années ; c'est pourquoi la plupart de ces déterminations anatomiques évoluant au cours de la première enfance, demeurent latentes.

ÉTUDE ANATOMIQUE

Au point de vue anatomique, les lésions de la syphilis pulmonaire de l'enfance sont rarement des gommes isolées ; le plus souvent on trouve des lésions broncho-pneumoniques auxquelles on a donné le nom de pneumonie blanche. Chez les enfants ayant respiré, ces lésions sont groupées en îlots ; chez les fœtus n'ayant pas respiré, les lésions sont plus étendues, sans localisation apparente. Ces lésions broncho-pneumoniques sont caractérisées par des régions hépatisées, allant au fond de l'eau, dures à la coupe, ayant une coloration rose ou blanche (d'où son nom). Au point de vue microscopique, on note des lésions interstitielles, périvasculaires et péribronchiques. A l'intérieur des alvéoles, on trouve une desquamation importante de grosses cellules vésiculeuses, infiltrées de granulations graisseuses.

Par ailleurs, on peut trouver dans divers points du parenchyme pulmonaire : des gommes miliaires; une dilatation bronchique (parfois monstrueuse, tel le cas de Balzer et Grandhomme concernant un cas de syphilis héréditaire dans lequel le lobe supérieur du poumon gauche avait 5 à 6 fois son volume normal et présentait à sa surface de grosses vésicules kystiques séparées par des cloisons épaisses) ; enfin, il faut noter que les lésions vasculaires et bronchiques sont importantes. Les bronches sont envahies par un véritable tissu de granulation, dissociant le chorion élastique. Enfin, les lésions pulmonaires du nouveau-né sont celles dans lesquelles on a trouvé le plus facilement le tréponème. On le trouve surtout autour des vaisseaux, libres ou inclus dans les polynucléaires, dans les cellules endothéliales, dans les macrophages.

III. — SYPHILIS PULMONAIRE DE L'ADULTE

L'étude clinique de la syphilis pulmonaire de l'adulte est encore assez confuse et, en dehors des gommes syphilitiques qui, elles, ont une individualité nette, les autres formes prêtent toujours à discussion sur une association plus ou moins évidente de bacilliose et de spécificité.

A. GOMMES SYPHILITIKES DU POUMON

Accident de la syphilis tertiaire, les gommes syphilitiques du poumon ont les caractères anatomiques suivants :

La forme est arrondie ou « obronde », quelquefois un peu bosselée et délimitée par un bord polycyclique dû vraisemblablement à la confluence de plusieurs gommes ; *elle siège* surtout à la base ou dans la partie moyenne du poumon, exceptionnellement au sommet et elle serait plus fréquente à droite ; *ses dimensions* varient de quelques millimètres à un ou plusieurs centimètres de diamètre et suivant les cas elle peut être comparée à un pois,

une aveline, voire même à une châtaigne ou une mandarine ; *ses contours*, enfin, sont représentés par une coque fibreuse et blanchâtre plus ou moins épaisse.

D'abord homogène dans sa coque, elle se dégage en vieillissant ; son contenu se réduit en une bouillie grumeleuse ou en une matière gélatineuse qui arrive à simuler la gomme arabique liquide et cette matière peut s'évacuer dans une bronche adjacente en donnant lieu à une caverne ou plutôt à une « cavernule syphilitique ». Elle est remplacée par un tissu conjonctif lâche et peu vascularisé représentant un stade de *sclérose molle* auquel succède finalement une cicatrice blanche rétractile et étoilée. On se trouve alors en présence d'une gomme guérie avec ses prolongements stellaires, irradiant parfois très loin, jusqu'à la plèvre.

Cette étude anatomique est d'autant plus intéressante, que les *caractères radiologiques* se superposent exactement aux aspects macroscopiques décrits par les anatomo-pathologistes. Suivant le moment de son évolution, la gomme syphilitique du poumon affecte sur les clichés radiographiques l'un des aspects suivants :

a) image arrondie (obronde) correspond à une gomme à sa phase de début ;

b) l'image cavitaire correspond à une gomme plus évoluée dont le contenu a pu s'évacuer partiellement dans une bronche adjacente ;

c) l'image cicatricielle, nodulaire ou étoilée, correspond à une gomme guérie.

Cependant, malgré la concordance nette entre les aspects radiologiques et les caractères anatomopathologiques, le Professeur Sergent insiste sur le fait « qu'une image radiologique, quelle qu'en puisse être la précision, n'a qu'une signification purement morphologique et topographique ; elle n'a jamais une signification de nature, et ne saurait permettre, à elle seule, d'établir un diagnostic étiologique ». En effet, les images « obrondes » cavitaires ou cicatricielles peuvent se rencontrer avec des caractères radiologiques identiques dans divers cas de kystes du poumon, de sarcomes métastatiques, d'infarctus, de cavernes ou d'abcès.

Etude clinique. Au point de vue clinique, plusieurs cas sont à envisager.

— Dans certains cas, il s'agit de spécifiques avérés chez lesquels le diagnostic de syphilis a été facile à poser ; en l'absence de toute autre étiologie possible (et surtout tuberculeuse), on rattachera à la syphilis les constatations cliniques et radiologiques.

— Dans d'autres cas, l'étiologie syphilitique n'apparaît pas d'une manière aussi nette ; les réactions sérologiques et surtout l'action remarquable du traitement spécifique en cas de gomme non encore parvenue au stade sclérose, confirment le diagnostic.

L'histoire clinique des gommes syphilitiques est difficile à préciser ; en effet, tantôt c'est une histoire de pneumopathie chronique faisant penser à la bacilliose ; tantôt les gommes complètement muettes ne constituent qu'une découverte radiologique. Aussi avons-nous préféré, plutôt qu'un exposé théorique, de rapporter ici une série d'observations.

OBSERVATION N° 1

Gommes syphilitiques du poumon

par Sergent, Piot et Imbert

(Presse Médicale, 21 avril 1934)

M. X..., âgé de 42 ans, vient consulter le 10 août 1933 le Professeur Sergent sur le conseil du Docteur Piot. Il ne se souvient pas d'avoir jamais eu une maladie quelconque. Aviateur dans l'armée russe pendant la guerre, il a fait plusieurs chutes mais aucune d'elles n'a provoqué des lésions thoraciques ni pulmonaires. Ayant quitté la Russie au début de la Révolution, il est venu en France et a exercé la profession de chauffeur de taxi ; il s'est livré à des excès de boisson ; il a changé de métier et a pris une occupation sédentaire. Depuis deux mois il éprouve une sensation de fatigue générale et a maigri. Son aspect général reste bon cependant ; il conserve un bon appétit et n'a pas de troubles digestifs ; il n'a pas de fièvre.

Il est grand fumeur et depuis longtemps il a un catarrhe trachéo-bronchique banal.

Son état de fatigue et son amaigrissement s'ac-

centuant, il consulte il y a un mois un médecin qui constate des signes de bronchite et conseille de faire un examen radiologique du thorax avec radiographie. Le Docteur Piot constate à la base droite l'existence d'une image arrondie, des dimensions d'une mandarine qui évoque l'idée d'un kyste hydatique ou d'une tumeur cancéreuse. Le Docteur Piot conseille de faire l'examen des crachats et l'examen du sang.

L'examen des crachats ne montre pas de bacilles de Koch.

L'examen du sang ne montre pas d'éosinophilie, mais la réaction de Bordet-Wassermann et la réaction de Hecht sont fortement positives. C'est dans ces conditions que le Professeur Sergent est appelé à examiner le malade ; celui-ci quelques jours auparavant avait consulté un autre médecin qui avait porté le diagnostic de cancer primitif du poumon.

Malgré l'absence d'anamnétiques et de stigmates très apparents de syphilis — si ce n'est une paresse du réflexe pupillaire d'accommodation à la lumière — la présomption d'une gomme pulmonaire s'impose ; l'image radiologique arrondie rappelle celle des observations recueillies avec Benda ; l'accentuation des arborescences bronchiques et l'épaississement des parois bronchiques, nettement visi-

bles dans les régions parahilaires sur les bronches saisies par les rayons dans le sens de leur axe, correspondent à la bronchite syphilitique tertiaire, isolée ou associée à la présence de gommès.

Pour ces raisons, on conseille d'instituer un traitement d'épreuve : une injection intraveineuse de cyanure de mercure (1 cgr.) tous les deux jours et les jours alternes un suppositoire contenant 0 gr. 06 d'onguent napolitain, traitement à suivre pendant quarante jours en ajoutant chaque jour 2 gr. d'iodure de potassium.

Le 25 septembre 1933 le malade revient consulter le Professeur Sergent. Il se sent très bien ; sa fatigue a disparu ; il a repris 6 kg. ; il a grand appétit. Il conserve son catarrhe des fumeurs. Une nouvelle radiographie tirée par le Docteur Piot montre que l'image arrondie s'est considérablement modifiée et a fait place à une simple accentuation rayonnée de la trame dans la zone correspondante.

Le diagnostic de gomme syphilitique ne peut plus être mis en doute. Le conseil est donné à M. X... de faire une nouvelle série du même traitement après une interruption de 15 jours.

Le 8 décembre 1933, M. X... a pris encore 6 kg. Il se sent très bien ; l'ancienne image arrondie a complètement disparu ; il persiste simplement

dans les deux champs pulmonaires une accentuation des arborescences bronchiques, la sclérose bronchique tertiaire n'étant pas accessible au traitement parce que définitivement acquise.

Par précaution, il est conseillé de faire, après un repos de six semaines, une nouvelle cure de traitement spécifique.

OBSERVATION N° 2

Gomme syphilitique du poumon
par M. Léon Kindberg et Lapine
Presse Médicale, 21 mai 1938)

Mme Aline G..., 27 ans, mariée ; jamais de grossesse ou de fausse-couche ; aucun antécédent pathologique, héréditaire ou familial. A l'âge de 13 ans, elle a été hospitalisée pendant six mois à Trousseau puis à la Salpêtrière, pour des crises épileptiques caractéristiques ; à 18 ans les crises ont réapparu : traitées par de fortes doses de gardénal et de bromure, elles se sont effacées définitivement.

Au début de 1927 : angine rouge avec forte dysphagie, douleur dans la fosse nasale gauche et écoulement nasal purulent et nauséabond. Irradiations névralgiques dans le membre supérieur gauche ; le tout dure deux mois environ et s'apaise spontanément.

En octobre 1937, les algies brachiales se manifestent à nouveau, accompagnées de céphalée intolérable, de douleurs violentes à la nuque. L'écoulement fétide nasal réapparaît. Elle se présente à la

consultation de l'Hôtel-Dieu où l'on est frappé de son médiocre état général, et où l'on note une fièvre légère, accompagnée de sueurs vespérales. Un examen radioscopique, en l'absence de tout signe pulmonaire, montre à la partie moyenne du poumon droit « une caverne » assez particulière et c'est dans ces conditions qu'elle nous est envoyée.

Nous sommes en présence d'une femme chétive et apparemment « infectée ». Rien d'objectif cependant à l'examen des principaux appareils ; en particulier l'examen stéthacoustique du thorax ne décèle rien d'anormal. Mais l'écran montre aisément la géode signalée ; c'est une cavité vaguement ovale, à peu près régulière, à bords épais et assez homogènes ; une radiographie de profil la situe en arrière du hile, à la partie toute inférieure du lobe supérieur. Un examen des crachats est aussitôt demandé : pas de bacilles de Koch et cette réponse négative devait être vérifiée à maintes reprises. L'un de nous pratique le jour suivant un prélèvement endo-bronchique droit à la sonde nasale ; ici encore, réponse négative en ce qui concerne le bacille de Koch aussi bien à l'examen direct que par homogénéisation et inoculation au cobaye.

Signalons pour mémoire la présence abondante sur les frottis de formes spiralées d'aspect variable ; il ne s'agit, à coup sûr, pas du tréponème de la

syphilis. Mais l'examen oto-rhino-laryngologique devait nous mettre rapidement sur la voie du diagnostic : le voile du palais présente les signes indubitables d'une syphilis tertiaire, scléro-cicatricielle. Tout le voile, en effet, depuis l'arcade dentaire jusqu'à sa partie postérieure, est sillonné de brides cicatricielles, dont les plus importantes s'étendent des deux incisives latérales gauches vers la luette qui d'ailleurs a presque complètement disparu. Sur ce véritable bloc fibreux dénué de toute souplesse, la muqueuse n'est plus ni mobile, ni sensible. De plus, dans un entrecroisement de brides, on trouve une petite perte de substance où le stylet pénètre aisément et finit par trouver le contact osseux. La pyorrhée alvéolo-dentaire est intense, les dents sont mobiles et avec elles tout le bourgeon incisif médian qui donne l'impression de se séquestrer. L'examen des fosses nasales montre une rhinite purulente effroyablement fétide et croûteuse ; on observe du côté gauche une masse jaunâtre, d'une dureté pierreuse, un véritable rhinolithé.

Pendant cet examen, la malade attire l'attention sur une petite tumeur de l'arcade sourcilière gauche, de développement récent, légèrement douloureuse, dure, arrondie, adhérente au plan profond mais non à la peau. Le diagnostic de gomme syphilitique n'est pas discutable.

Il existe enfin une micropolyadénopathie bilatérale le long des jugulaires. Nous demandons des examens sérologiques : le Bordet-Wassermann et le Hecht sont fortement positifs. Relevons qu'une cuti-réaction à la tuberculine est également positive.

Avant tout traitement :

1) Les fosses nasales, après analgésie, sont soigneusement nettoyées à la consultation O.R.L. de Beaujon ; on extrait non sans peine le rhinolithé et l'on aperçoit alors une grosse perforation de la cloison. A l'examen de la pièce, MM. Baldenweck et Leroux-Robert pensent qu'il s'agit d'un séquestre ethmoïdal.

2) Grâce à l'extrême obligeance de la maison Massiot, nous pouvons faire l'étude tomographique en coupes sériees, face et profil, du poumon de notre malade. Elles permettent, tout d'abord, des précisions topographiques sur la caverne droite ; de face, on la voit naître à 150 mm. de la paroi antérieure ; la coupe faite à 165 mm. passe au plein de la cavité, dont la paroi postérieure s'efface 15 mm. plus loin ; nous comptons en tout 3 cm. d'avant en arrière, ce que vérifient et les mensurations et l'examen des clichés de profil ; dans le sens transversal, nous comptons 4 cm., le plan médian se trouvant à 6 cm. du plan axillaire. Nous observons aussi quel-

ques détails de structure intéressants : au milieu d'un poumon à peu près sain, la paroi de la géode est homogène et régulière ; le centre nécrosé, semble avoir été complètement évacué.

Dans ces conditions, la malade est mise au traitement : tout d'abord pendant une semaine chaque jour 1 cgr. de cyanure de mercure intraveineux ; puis pendant deux semaines, chaque jour, 3 gr. d'iodure. A ce moment : grosse amélioration générale ; disparition de la céphalée et des douleurs de nuque ; la fétidité de l'haleine s'est dissipée mais l'encombrement purulent persiste. Dès la fin de la série de cyanure, la gomme frontale s'est totalement résorbée ; la lésion pulmonaire est plus résistante ; elle a cependant, en vingt jours, diminué de 50 pour 100. On met alors la malade au bismuth intramusculaire ; deux injections la première semaine, trois les deux suivantes. Mais la malade ne suit guère les conseils d'hygiène buccale et dentaire qu'on lui donne et il se développe un liséré bismuthique assez impressionnant. On cesse les injections.

La lésion pulmonaire a d'ailleurs complètement rétrocedé ; elle n'est plus représentée que par un petit noyau sombre, d'aspect scléreux. On en reprend l'étude tomographique par des « biotomes »

correspondant exactement à ceux de la première série ; au centre on voit encore une minuscule zone claire qui aura totalement disparu huit jours plus tard.

La malade est remise quinze jours à l'iodure. La guérison de ses différentes lésions semble complète. Notons qu'en dépit de la cure, les dents et le bourgeon incisif sont toujours aussi mobiles.

OBSERVATION N° 3

Gomme syphilitique du pœumon

par E. Sergent et Benda

(Paris Médical, 15 février 1930)

Mme Tou..., couturière, âgée de cinquante-cinq ans, entre salle Damaschino le 20 décembre 1925 pour toux, expectoration, gonflement et douleur du genou droit. C'est une syphilitique avérée qui, à l'âge de 20 ans, eut un chancre des grandes lèvres suivi de roséole et de plaques muqueuses. Elle est traitée depuis, très irrégulièrement ; récemment encore, la réaction de Bordet-Wassermann était positive dans le sang. On note tout de suite l'existence d'une énorme exostose à la partie externe de l'humérus, au-dessus du coude, et la présence d'une autre exostose, tout aussi considérable, dans la région de la bosse frontale gauche.

Le genou droit est globuleux ; la peau qui le recouvre est blanche, luisante, tendue, la circulation collatérale apparente. A la palpation, hyperthermie locale, douleur vive le long du fémur et du tibia, surtout à la partie externe de l'articulation.

Interligne articulaire perceptible ; ménisques sail-lants et douloureux, sensation de mollesse et d'em-pâtement sans choc rotulien. Les mouvements spon-tanés sont limités et douloureux ; les mouvements provoqués sont également très limités. Du point de vue de l'appareil respiratoire, la malade tousse très peu actuellement, ne crache pas ou à peine, ne res-sent pas de points de côté, n'a pas de dyspnée.

En avant à droite : diminution de sonorité — vibrations plus fortes qu'à gauche — respiration un peu soufflante sous la clavicule.

A gauche : respiration rude.

En arrière à droite : matité dans le tiers supé-rieur du poumon ; exagération des vibrations ; quel-ques crépitations discrètes après la toux à la partie interne de la fosse sus-épineuse. A gauche : dimi-nution de sonorité au sommet ; respiration rude et soufflante ; quelques sibilances.

La radiographie des poumons met en lumière les symptômes suivants : les deux sommets sont lé-gèrement voilés ; des tractus broncho-vasculaires abondants et finement dessinés parcourent les deux champs pulmonaires. On note en outre à gauche un empâtement de la région parahilaire ; à droite dans la même région trois taches de ganglions calcifiés, du volume d'un gros pois et entourés d'un réseau

de fines marbrures. Mais surtout, il existe dans la région sous-claviculaire droite, une image arrondie, à contours bien tracés et correspondant, en toute vraisemblance, à une gomme non ulcérée.

L'ensemble de ces constatations conduit à soumettre cette malade à un traitement intensif par le bismuth. Au bout de trois injections on a la satisfaction de noter la fonte de la pseudo-tumeur blanche du genou droit et l'atténuation des douleurs de cette articulation. En ce qui concerne l'image arrondie de la région sous-claviculaire, nous n'avons malheureusement pas de précisions sur des modifications éventuelles au cours du traitement spécifique, la malade ayant quitté le service avant qu'une radiographie de contrôle ait pu être exécutée.

Toutefois, étant donné la notion certaine de syphilis à la base de cette observation, il nous semble illogique de mettre en doute la nature de l'image arrondie siégeant dans la région sous-claviculaire droite. Une seule réserve peut être formulée au sujet de la présence de signes radiologiques de prolifération scléro-calcaire, la coexistence de ceux-ci ne permettant pas de faire rentrer ce cas dans les faits de « gommes solitaires » proprement dites.

OBSERVATION N° 4

*Gomme solitaire parahilaire
et gomme cervicale droite*

par E. Sergent et Benda
(Paris Médical, 15 février 1930)

Mme Pet..., âgée de quarante-neuf ans, entre à la Charité, le 30 novembre 1927, pour une tuméfaction à contours bien arrêtés siégeant à la partie moyenne de la région cervicale droite.

L'interrogatoire apprend, en outre, qu'elle a été opérée, il y a dix-huit ans, pour une tumeur non douloureuse de la face antéro-interne du tibia gauche, ayant évolué en dix ans.

Il y a une dizaine d'années, la malade a souffert d'une céphalée persistante et très intense, ayant conduit à pratiquer une ponction lombaire dont les résultats restent ignorés.

Un an avant son entrée à l'hôpital, elle a ressenti dans le bras droit, puis dans le bras gauche, des douleurs très marquées, évoquant l'idée de douleurs fulgurantes.

En mai 1927 débute la tuméfaction cervicale droite qui augmente peu à peu et devient rouge.

Au moment de son entrée, en novembre 1927, on note la présence d'une tuméfaction cervicale droite, siégeant exactement en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, à trois travers de doigt au-dessous de la mastoïde.

Il s'agit d'une tuméfaction dure dans son ensemble et résistant à la pression, sauf en son centre, qui est nettement fluctuant.

Elle est rouge et adhère aux plans profonds.

On retrouve, d'autre part, à la face antéro-interne du tibia, la cicatrice de l'ancienne tuméfaction, opérée il y a dix-huit ans. Cette cicatrice a contracté des rapports intimes avec la surface osseuse sous-jacente, qui est elle-même vallonnée et irrégulière. Ce détail indique bien la participation de l'os à ce processus ancien.

L'examen du cœur fait reconnaître des signes d'aortite (clangor du deuxième bruit, souffle systolique de la base) avec une tension artérielle de 15-8, au Vaquez.

Il n'y a pas d'autres stigmates de spécificité, mais la *réaction de Bordet-Wassermann*, dans le sang, est très fortement positive.

Du point de vue pulmonaire, la malade tousse

et crache abondamment. L'examen stéthacoustique ne permet de reconnaître que des signes de bronchite banale, mais l'examen radiologique fait découvrir, à un travers de doigt de l'ombre hilare gauche, une image obronde et homogène.

En somme, les anamnestiques, l'aortite, les caractères de la tuméfaction cervicale, conduisent à penser à une adénite cervicale gommeuse et à une gomme solitaire du poumon, cette première impression étant du reste confirmée par les résultats de l'examen sérologique.

Le traitement spécifique est institué et l'on voit peu à peu s'affaïsser la gomme cervicale, en même temps que disparaît progressivement la gomme parahilaire gauche.

Plusieurs radiographies, échelonnées sur deux années, ont permis de suivre les modifications de l'image obronde sous l'influence du traitement.

Sur la dernière radiographie, il n'existe pas de trace visible de l'ancienne image nodulaire hilare gauche, et c'est à peine si l'on peut noter un peu d'exagération du chevelu parahilaire.

Quant à la gomme cervicale, on n'en retrouve plus, en décembre 1929, qu'un vestige des plus réduit, sous la forme d'un petit noyau induré calcifié.

B. AUTRES FORMES CLINIQUES

Dans des cas beaucoup plus rares, la syphilis pulmonaire peut réaliser des accidents aigus, fébriles, graves, faisant penser à une bacillose aiguë ; cependant un traitement mercuriel peut amener une guérison inespérée.

Ce sont ces formes qui ont été décrites par Dieulafoy sous le nom de *Syphilome pulmonaire à marche aiguë*. De ces formes, rares, on peut rapprocher les cas compliqués de gangrène pulmonaire, décrits par Dieulafoy comme gangrène pulmonaire syphilitique et qui n'ont de spécial que les circonstances étiologiques et l'action du traitement.

Il existe également une forme moins rapide, décrite sous le nom de *Syphilome pulmonaire à marche lente*. On a donné comme signes caractéristiques de la syphilis la localisation des lésions à la partie moyenne du poumon plutôt qu'au sommet, l'absence de fièvre et des signes d'imprégnation tuberculeuse pendant longtemps, la rareté des hémoptysies.

Enfin, une dernière forme est décrite sous le nom de *Syphilome broncho-pulmonaire à prédominance scléreuse avec ou sans dilatation des bronches* (Dieulafoy). Il s'agit de sujets souvent âgés présen-

tant des signes fonctionnels marqués : toux, dyspnée, expectoration muco-purulente ; à l'auscultation on trouve des signes de sclérose pulmonaire au niveau du hile ou à la base.

L'examen radiologique montre l'existence de grosses traînées de sclérose le long des bronches. L'examen des crachats répété ne révèle pas de bacilles de Koch. La réaction de Wassermann faite à cause de certains stigmates de syphilis tertiaire est au contraire parfois positive. Pour les cas de cet ordre, lorsqu'il n'existe dans les antécédents du malade aucune broncho-pneumonie grave, on est en droit de se demander si la syphilis n'est pas la cause de cette sclérose pulmonaire étendue et dense avec bronchite chronique. Nous reviendrons dans un autre chapitre sur les formes bronchiques pures de la syphilis pulmonaire.

*
* *

Le diagnostic de syphilis pulmonaire repose entièrement sur l'examen soigneux du malade montrant d'une part l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, d'autre part, l'existence de signes indiscutables de syphilis tertiaire active ou des stigmates de syphilis héréditaire, étayés par une réac-

tion de Wassermann positive. On ne peut accorder de valeur absolue à la localisation des signes physiques au hile ou à la base, même vérifiés par la radioscopie. L'importance de la sclérose pulmonaire rayonnant à partir du hile à l'examen radioscopique mérite néanmoins de retenir l'attention. Enfin, signalons qu'il n'existe aucune observation indiscutable de présence de tréponèmes dans les crachats. Il faut se méfier des aspects spiralés que prennent si fréquemment dans les crachats les débris de dégénérescence cellulaire.

Si on a des raisons de penser à la syphilis pulmonaire, on devra instituer un traitement mercuriel ; l'iodure de potassium peut être dangereux dans les formes où l'on soupçonne une association syphilo-tuberculeuse. Le Professeur Sergent recommande l'emploi de sels solubles ou de frictions mercurielles. Les arsenobenzènes peuvent également donner de bons résultats.

OBSERVATION N° 5

Syphilis aiguë broncho-pneumonique

par Cathala, Auzépy et Grenet

(S.M.H.P., 26 juin 1936)

M. H..., 37 ans, frotteur, entre le 4 mars à Lariboisière. Il a été pris l'avant-veille d'un violent point de côté gauche, de frissons et d'emblée la température monte à 41°. Jusqu'alors santé parfaite ; ce début brutal est survenu sans prodromes d'aucune sorte.

Le 10 mars ce malade a une température à 40°4, il souffre toujours de son côté, tousse, expectore des crachats gommeux, collants, légèrement rouillés, la respiration est courte, le pouls rapide et bien frappé. Le malade est un peu pâle, il a les yeux brillants, sans subictère ; malgré le degré élevé de la fièvre, il est remarquablement calme, la langue est humide, les urines sont à peine foncées. A l'examen on constate l'existence d'un bloc pneumonique occupant le sommet gauche avec matité, souffle léger, nombreux râles crépitants secs sous la clavicule.

Un seul diagnostic paraît raisonnable, c'est celui de pneumonie lobaire franche aiguë.

Une réserve est pourtant posée d'emblée car l'état général malgré la fièvre n'est pas exactement celui qu'il est habituel de voir chez un pneumonique au 4^e jour. Il ne serait pas impossible que cette hépatisation lobaire soit le premier stade d'une pneumonie tuberculeuse ou d'un abcès du poumon.

Disons tout de suite que la recherche du bacille de Koch faite à de nombreuses reprises dans l'expectoration, sera constamment négative ; autre particularité, une inégalité avec légère déformation des pupilles sans Argyll vrai suggère l'idée d'une syphilis ancienne. De fait, dès le surlendemain, on sait que la réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive.

Mais personne dans le service n'a l'idée que cette pneumonie aiguë puisse être syphilitique et le traitement antisiphilitique est différé jusqu'à la convalescence. L'état est sérieux mais il n'est nullement inquiétant. La température se maintient autour de 40°5, les 4^e, 5^e, 6^e jours de la maladie et le 7^e jour s'esquisse une défervescence incomplète jusqu'à 38°.

Bien loin de s'améliorer après cette détente thermique, l'état général du malade reste assez médiocre, il ne souffre plus, il ne crache plus, mais il

reste pâle, terreux, s'alimente très mal, ne dort pas et transpire facilement. La température reste accrochée à 38°, puis tend à s'élever progressivement jusqu'à 39°, le 24 mars, 18° jour de la maladie.

Les signes physiques thoraciques à gauche restent ceux d'un bloc mal résolu ; matité plus marquée dans la région moyenne et la région axillaire, submatité de la base, vibrations diminuées sans être abolies, souffle lointain axillaire, râles sous-crépitaux moyens. Il paraît raisonnable de craindre une suppuration pulmonaire ou pleurale ou, comme nous l'avons dit, une évolution tuberculeuse — ponctions exploratrices restent blanches, bacilloscopie négative. On surveille sur les clichés successifs l'état du parenchyme.

Le 17 mars : ombre non homogène de l'hémi-thorax gauche respectant l'extrême sommet. La coupole diaphragmatique gauche est fortement surélevée. Des clichés du 24 mars et du 4 avril permettent de faire des constatations analogues mais dans l'ensemble l'image tend à se nettoyer en même temps que derrière l'image cardiaque se dégage une ombre arrondie homogène. Un examen à l'écran confirme la paralysie de l'hémi-diaphragme gauche. Ces différents examens démontrent en somme l'existence d'une paralysie phrénique gauche siégeant du même côté que la pneumopathie.

Assez hésitants sur l'interprétation exacte des choses, la coïncidence de cette pneumopathie tardive avec une paralysie phrénique chez un syphilitique non traité, permettait de soulever l'hypothèse d'une syphilis pulmonaire. Le malade fut alors mis à un traitement systématique par le novarsenobenzol, du 2 avril au 2 juin. L'effet de ce traitement fut rapide et complet :

Baisse régulière de la température, augmentation du poids qui passe de 49 kg. le 14 avril à 57 kg. le 2 juin ; l'examen stéthacoustique est redevenu normal et des clichés successifs montrent un retour complet à la normale ; la coupole diaphragmatique descend au-dessous de la 5^e côte, il n'y a plus d'élévation inspiratoire de l'hémi-thorax gauche.

Le 2 juin le malade est pratiquement guéri ; le Bordet-Wassermann est toujours positif et on continue un traitement bismuthique.

IV. — SYPHILIS BRONCHIQUE DE L'ADULTE

Si la dilatation des bronches et le rôle possible de la syphilis dans son étiologie a intéressé beaucoup d'auteurs, les recherches sont par contre beaucoup plus limitées en ce qui concerne la question des bronchopathies syphilitiques sans ectasie. Florand, Flurin et Françon parlent à peine en 1910 de l'origine syphilitique possible de certaines bronchites chroniques. Leredde, puis Ferranini, Castex et Romano, Balzer, en parlent également, mais sans y insister. Ce n'est guère qu'en 1927 qu'on trouve une étude complète sur la syphilis bronchique dans la thèse de Benda.

ÉTUDE CLINIQUE

Comme le fait remarquer Benda, l'étude clinique est complexe et chaque cas nécessite une double discussion : en effet, d'une part, la syphilis, cause fréquente de bronchite chronique, n'est pas toujours seule et se trouve associée bien souvent à la tuberculose ou à divers autres facteurs sclérogè-

nes, d'autre part, le syndrome habituel de la bronchite chronique, au lieu d'exister à l'état de pureté, peut se compliquer d'une participation parenchymateuse plus ou moins étendue ou médiastinale qu'il est souvent malaisé de réduire à leurs justes proportions.

Il s'agit le plus souvent de sujets porteurs depuis de longues années de bronchite chronique qui subit une recrudescence tous les hivers, qui pendant des semaines et des semaines toussent et crachent ; l'examen spécifique montre le plus souvent des signes de bronchite banale : mélange de râles ronflants et sibillants. Si parfois la notion d'une spécificité ancienne, l'existence de stigmates de syphilis, facilitent le diagnostic, dans d'autres cas, par contre, l'existence d'hémoptysies fréquentes dans les antécédents de ces sujets, la présence de bacilles de Koch dans les crachats, viennent compliquer considérablement le problème. On pensera à une bacillose associée toutes les fois que les hémoptysies sont fréquentes et répétées, toutes les fois qu'on constate un siège à prédominance apicale des lésions. On sait cependant actuellement que la localisation apicale peut se rencontrer dans les cas où la syphilis est seule en cause (Benda).

Parmi les signes physiques des bronchites chroniques, on retiendra surtout les signes ayant un cer-

tain intérêt en faveur du diagnostic de bronchite syphilitique :

a) l'existence d'une participation parenchymateuse associée au catarrhe sibillant ;

b) l'existence fréquente d'un emphysème généralisé ou partiel ;

c) l'existence parfois d'un véritable foyer de condensation siégeant à l'un des sommets ou occupant même la totalité d'un lobe.

Enfin la plèvre peut également réagir et son inflammation se manifestera par une zone de submatité et des frottements à ce niveau.

Les signes fonctionnels n'ont rien de caractéristique ; les signes généraux restent au second plan ; la température peut être normale ou à peine élevée.

L'évolution générale des bronchites chroniques syphilitiques est celle d'une affection essentiellement sclérosante. Les ulcères bronchopathiques et les gommes, à point de départ bronchique, sont rares et de pathogénie très discutée.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Au cours de la syphilis pulmonaire avérée, les images bronchiques passent tout à fait au second plan ; l'existence de tractus fibreux broncho-vasculaires et de marbrures, apparaissent comme accessoires à côté des vastes placards de sclérose ou de gomme, de la syphilis tertiaire. On peut trouver des ombres à contours polycycliques, des images cavitaires, ou une opacité presque complète d'un hémithorax avec rétraction du thorax, déviation de la trachée et du médiastin.

Au cours de la syphilis pulmonaire latente, il n'y a pas d'image bronchique visible radiologiquement. Benda signale cependant, qu'en examinant aux rayons X des thorax de sujets syphilitiques, aortiques ou tabétiques par exemple, on constate de larges arborescences bronchiques qui, parties du hile, s'étendent en éventail sur les champs pulmonaires. S'agit-il réellement de sclérose bronchique syphilitique ? Lorsqu'une enquête étiologique minutieuse permet d'établir l'absence de toute atteinte antérieure du poumon par la tuberculose ou une affection sclérosante quelconque, on est en droit, semble-t-il, de voir le rôle de la syphilis dans l'étiologie de cette sclérose bronchique.

Au cours des bronchopathies syphilitiques proprement dites, les images bronchiques sont par contre de première importance : les arborescences qui les représentent sillonnent un parenchyme intact. Les caractères radiologiques essentiels des bronchites chroniques syphilitiques sont aisément reconnaissables sur les clichés. On trouve, outre les tractus broncho-vasculaires fortement dessinés, l'existence de plusieurs anneaux sombres dans les régions parahilaires. Ces anneaux sont probablement déterminés par la présence d'un tissu de sclérose dense autour des troncs bronchiques les plus gros, c'est-à-dire autour de la portion de l'arbre aérien qui est la plus rapprochée de la ligne médiane. Ces anneaux sombres, souvent groupés par amas de 3 ou 4, affectent dans les cas typiques un aspect en nid de guêpes.

En somme les images radiologiques de la syphilis bronchique de l'adulte vont de pair avec les constatations anatomiques qui montrent également la sclérose bronchique ou péribronchique dans ses différentes modalités.

DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel du syndrome « bronchite chronique » ; c'est

un diagnostic évident. Le seul intérêt de la question est de rechercher une étiologie syphilitique possible.

Si le malade est un spécifique avéré, le problème est de savoir si la syphilis est seule responsable de l'ensemble des phénomènes de sclérose péri-bronchique ou si elle n'est pas associée à d'autres facteurs sclérogènes. Parfois il s'agit d'un ancien gazé ou d'un ancien goutteux ou encore d'un tuberculeux fibreux. L'association syphilo-tuberculeuse est dans ce cas extrêmement fréquente. D'autres fois l'association bacillaire est moins facile à affirmer parce que, malgré des examens répétés, on n'arrive pas à déceler le bacille de Koch. Dans ces cas, la notion d'un long passé respiratoire, la présence de nodules calcifiés parahilaires, rendront encore possible la suspicion d'une tuberculose concomitante. Parfois enfin, en dehors d'une syphilis certaine, rien ne peut être décelé dans les antécédents du malade, force est d'admettre le rôle primordial de cette maladie dans les lésions décelées. « On ne comprendrait pas pourquoi, dit Benda, le rôle principal serait accordé au facteur sclérogène le plus problématique, tandis que l'influence manifeste de la vérole passerait injustement au second plan. »

Si le malade est un syphilitique méconnu, la syphilis sera recherchée par tous les moyens cliniques et sérologiques et on arrive, dans certains cas, à faire la preuve d'une spécificité ancienne et latente.

OBSERVATION N° 6
(in thèse de Benda, 1927)

Mme Mor..., 53 ans, vient à la consultation parce qu'elle tousse et se sent fatiguée. Cette malade, qui habite Paris depuis 30 ans, tousse chaque hiver depuis 12 ans, sans modifications de l'état général. Chaque période de toux s'accompagne de crise d'étouffement nocturne, suivies de rejet de glaires « comme du blanc d'œuf ».

Il y a deux ans, ayant pris sa mère à sa charge, elle subit un surcroît de fatigue, et de cette époque date le commencement de son amaigrissement actuel (de 130 livres passe à 109 en moins de 2 ans).

L'hiver dernier, toux et crises de dyspnée habituelles, mais au lieu de rétrocéder assez facilement comme les années passées, l'expectoration glaireuse devient épaisse et elle y remarque même la présence de crachats rosés. Effrayée, et se sentant plus fatiguée, elle vient consulter à la Charité le 20 mai 1924. Ce jour-là on lui trouve :

Cliniquement : un peu de submatité du sommet droit, avec respiration soufflante, sans adventices.

Radioscopiquement : une diminution de transparence de tout l'hémi-thorax droit sans qu'il y ait voile homogène, mais petit piqueté qui s'accroît vers le hile.

A gauche, même aspect mais au pourtour de la région hilare seulement. Le sommet gauche s'illumine mieux que le droit.

Actuellement : 2 juin 1925, les quintes de toux nocturne deviennent de plus en plus fréquentes, à tel point qu'elles empêchent le sommeil. En même temps les crachats deviennent plus abondants bien que, dit la malade, ils soient plus faciles à ramener.

Du point de vue de l'état général, à part l'amaigrissement de 10 kg. en 22 mois, il fait signaler une température oscillant entre 37°5 et 38°5.

Pas d'autres troubles généraux.

Comme antécédents : fièvre typhoïde à 9 ans ; ovariectomie double à 30 ans ; angine diphtérique à 38 ans ; ictère catarrhal à 50 ans.

A l'examen pas de stigmates de syphilis ; pas d'inégalité pupillaire ; pas d'adénopathie sus-claviculaire.

Appareil pulmonaire : l'expansion inspiratoire du thorax est identique à droite et à gauche.

En avant : tonalité plus élevée à droite qu'à

gauche, pas de modifications appréciables des vibrations ; pas d'adventices, pas de frottement.

En arrière : pas de modification de vibration, caractère de la respiration plus rugueux qu'en avant ; amortissement net du son de transsonance.

L'examen radiologique : montre un thorax clair. Une radiographie permet de souligner l'existence de nombreuses et fines arborescences parties du hile de chaque côté et s'épanouissant dans les deux champs pulmonaires. Empâtement hilair surtout accentué à droite ; 3 ou 4 gros ganglions calcifiés dans les régions parahilaires. Presque rien d'anormal n'est à noter pour les autres appareils.

Système nerveux normal ; cœur normal ; tension artérielle 15-8.

L'examen des crachats pratiqué à plusieurs reprises s'est montré constamment négatif.

Mais à deux fois la réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang, et très fortement.

Evolution de la maladie : la toux et l'expectoration se modifient peu ; les signes physiques restent sans changement. Le 25 juillet, la malade est soumise à une série d'injections de Quinby. L'état général paraît s'améliorer. La température tend vers la normale. Sortie le 27 août pour se rendre au sanatorium d'Ivry.

En résumé : bronchite chronique syphilitique.

OBSERVATION N° 7
(in thèse de Benda)

M. Bri..., 36 ans, vient consulter parce qu'il souffre de douleurs rétro-sternales. Ces douleurs sans caractères particuliers sont apparues il y a environ 6 mois.

En même temps est survenue une toux, sans expectorations sauf le matin, où le malade a souvent des accès de toux avec expectoration sanguigno-lente.

Depuis ces 6 mois ce malade a maigri de 10 kg.; la température n'a pas été prise!

Antécédents : a contracté la syphilis à 18 ans ; éthylisme professionnel (cafetier).

Examen le 15 juin 1925 :

Appareil respiratoire : frottements pleuraux discrets des deux côtés, sibillances et quelques sons crépitants discrets aux deux sommets en arrière.

Pas de signes cardiaques ni médiastinaux. P. : 72 ; T.A. : 15-9,5.

Appareil digestif et système nerveux : normaux.

Examen radiologique : thorax large ; espaces

intercostaux larges et horizontaux ; les deux sommets sont peu transparents, un peu ombrés mais s'illuminent bien à la toux.

A droite l'hémi-thorax est transparent, la base est très claire. La coupole diaphragmatique est perméable.

A gauche l'hémi-thorax est un peu moins transparent avec quelques tractus accusés. La base est normale, la coupole diaphragmatique est régulière.

L'ombre cardio-aortique est élargie par de grosses ombres empâtant les régions hilaires surtout du côté droit. Ces ombres hilaires sont un peu moins opaques que l'ombre vasculaire et présentent des contours assez réguliers.

En position oblique, l'espace médiastinal est gris.

L'examen des crachats est négatif au point de vue bacilles de Koch.

En résumé : aortite, péricardite, et sclérose bronchique chez un syphilitique avéré.

V. — CONCLUSIONS

1) La question de la syphilis pulmonaire a donné lieu à de nombreuses discussions en raison de la difficulté qu'on a à objectiver par la constatation du tréponème, le rôle unique de la syphilis dans l'étiologie de certaines pneumopathies.

2) Actuellement, si l'existence de la syphilis pulmonaire est indiscutable, ses limites sont encore imprécises ; il est cependant indéniable que la syphilis peut frapper l'appareil respiratoire ainsi que le prouvent :

a) les découvertes d'autopsie chez des enfants mort-nés avec des lésions manifestes de syphilis ;

b) les gommes pulmonaires chez des sujets indemnes de toute atteinte tuberculeuse, coexistant avec d'autres manifestations de la syphilis tertiaire et réagissant admirablement au traitement spécifique.

3) Dans d'autres cas, le rôle de la syphilis, tout en étant probable, est moins certain :

a) chez l'enfant la constatation d'une pneumopathie chronique caractérisée par de la cyanose, des signes physiques banaux sans fièvre, feront penser à la syphilis héréditaire si toute preuve de bacillose manque ;

b) l'adénopathie trachéo-bronchique dans certains cas, certains kystes aériens, peuvent également faire penser à la syphilis.

4) Enfin, la syphilis semble frapper avec prédilection les bronches réalisant cliniquement un tableau de bronchite chronique, au cours duquel certains éléments seraient pour Benda en faveur d'une étiologie syphilitique :

a) l'existence d'une participation parenchymateuse associée au catarrhe sibillant ;

b) l'existence fréquente d'un emphysème généralisé ou partiel ;

c) l'existence parfois d'un véritable foyer de condensation siégeant à l'un des sommets ou occupant tout un lobe.

Dans ces manifestations bronchiques, évoluant

à la longue vers la dilatation des bronches, il est souvent difficile de préciser la part qui revient à une syphilis ancienne et à une tuberculose concomitante.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

VI. — BIBLIOGRAPHIE

- Ameuille.* — A propos de la syphilis pulmonaire.
Bruxelles Médical, 1934, N° 17.
- Apert.* — Syphilis pulmonaire chez une fillette de
13 ans. Bull. Soc. Pédiatrie de Paris, 18 avril
1905.
- Apert, Girard et Mlle Rappoport.* — Dilatations
bronchio-alvéolaires de la syphilis. Soc. Pédiatrie Paris, 19 mars 1929.
- Benda.* — La Bronchite chronique syphilitique.
Thèse Paris, 1927.
- Bezançon et Etchegoin.* — Présence de spirochètes
dans les crachats hémoptoïques. Soc. de Biologie,
17 janvier 1925.
- Bezançon et Jacob.* — Etude clinique et anatomique
d'un cas de syphilis pulmonaire. Revue de la
tuberculose, p. 526, 1923.
- Brinconde, Aryellano et Artal Costa.* — Syphilis
pulmonaire Phare Médical de Paris, août 1936.

Carrera. — A pathologic study of the lung un one hundred and fifty cases of syphilis. American Journal Syph., janvier 1920.

Cathala, Auzépy et Grenet. — Syphilose aiguë broncho-pneumonique. S.M.H.P., 26 juin 1936, p. 1137.

Courcoux et Lelong. — Syphilis pulmonaire de l'adulte. Journal Médical français, déc. 1922.

Courcoux et Lereboullet. — Un cas de syphilis pulmonaire. Paris Médical, 17 février 1934.

Dalsace. — Etiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire. Thèse Paris, 1919.

Dieulafoy. — Etude sur la médiastinite syphilitique. Presse Médicale, 30 novembre 1910.

Gaté, Dechaume et Gardère. — Granulie pulmonaire syphilitique. Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 3 mai 1929.

Gaté et Gardère. — Syphilis pulmonaire à forme de cortico pleurite. Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 19 juillet 1927.

Hartung et Freedman. — Pulmonary syphilis. J. Am. Med. Ass., 1932, N° 23.

Jacob. — Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, 1923, N° 5, 540.

Jacobs. — Pulmonary syphilis. *Amer. Rev. of Tub.*, 1935, I, 453.

Langeron et Desorghen. — Syphilis pulmonaire sclérogommeuse. Examens histologique et radiographique. *Soc. Méd et anat. clin. de Lille*, 10 avril 1934.

Lesné, Héraux, Waitz et Mlle Hougeau. — Syphilis pulmonaire cong. précoce. *Presse Médicale*, 1934, N° 92.

Letulle. — La syphilis pulmonaire, in « le Poumon », Paris, 1924.

Letulle et Dalsace. — Les formes latentes de la syphilis pulmonaire. *Presse Médicale*, 27 mars 1926.

Mirande. — Conceptions actuelles de la syphilis du poumon. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 sept. 1921.

Péhu et Rougier. — Etude clinique de la syphilis broncho-pulmonaire de la première enfance. *Rev. française de Pédiatrie*, 1934, N° 3, 134262.

Rissott et Natin. — Syphilis pulmonaire et laryngée.
Prensa Medica Argentina, 16 février 1938, p.
331.

Robinson. — Pulmonary syphilis in adults with
report of a case. Rad., nov. 1935, 596.

Sergent et Benda. — Les formes bronchiques de la
syphilis tertiaire. Acad. de Méd., 1^{er} mars 1927.

— Les gommes syphilitiques du poumon et leur
diagnostic radiologique. Paris Médical, 15 fé-
vrier 1930.

Sergent et Cottenot. — Syphilis et tuberculose pul-
monaire fibreuse. Acad. de Médecine, 1^{er} mai
1923.

Sergent et Durand. — Contributions à l'étude de la
syphilis pulmonaire. Acad. Méd., I, V, 1923.

Sergent, Piot et Imbert. — Contributions à l'étude
clinique et radiologique des gommes syphiliti-
ques du poumon. P.M., 21 avril 1934.

Simonin et Tabellion. — Formes pseudo-tubercu-
leuses de la syphilis pulmonaire. Paris Médical,
17 février 1934.

— Le diagnostic de la syphilis pulmonaire. Paris Médical, 25 août 1934.

Sors et Rakower. — Un cas de syphilis pulmonaire simulant la tuberculose. Monde Médical, 1932, p. 575.

TABLE DES MATIÈRES

I. — INTRODUCTION	9
II. — <i>Syphilis broncho-pulmonaire de la première enfance</i>	13
Etude clinique	13
Etude anatomique	18
III. — <i>Syphilis pulmonaire de l'adulte</i>	21
A. Gommès syphilitiques du poumon . . .	21
Observation 1	25
» 2	29
» 3	35
» 4	38
B. Autres formes cliniques	41
Observation 5	44
IV. — <i>Syphilis bronchique de l'adulte</i>	49
Etude radiologique	52
Diagnostic	53
Observation 6	56
» 7	59
V. — CONCLUSIONS	61
VI. — BIBLIOGRAPHIE	65

